

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

POUR LE

N°
393

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

PRÉSENTÉE PAR

M. PELTIER Paul Louis

Né le 22 Janvier 1890 à Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie à la Faculté

Kystes et Diverticules

de

l'Appendice

Président de thèse : M. le professeur LECENE

PARIS
LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924

393

KYSTES ET DIVERTICULES

de

L'APPENDICE

98

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

PRÉSENTÉE PAR

M. PELTIER Paul Louis

Né le 22 Janvier 1890 à Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie à la Faculté

Kystes et Diverticules

de

l'Appendice

Président de thèse : M. le professeur LECENE

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924

I. -- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LE ÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SÉRGENT.



II. -- AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET . . .	Physiologie.
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.
BRANCA . . .	Histologie.
BRULÉ . . .	Pathologie médicale.
BUSQUET . . .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ . . .	Hygiène.
I. de JONG . . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER . . .	Pathologie médicale.
FOIX . . .	Pathologie médicale.
GARNIER . . .	Pathologie expérimentale.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER . . .	Urologie.
HOVELACQUE . . .	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . . .	Chimie biologique.
LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER . . .	Obstétrique.
LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE . . .	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL . . .	Obstétrique.
LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
LIAN . . .	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . . .	Obstétrique.
MOCQUOT . . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR . . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON . . .	Histologie.
PHILIBERT . . .	Bactériologie.
RIBIERRE . . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils . . .	Physiologie.
ROUVIÈRE . . .	Anatomie.
STROHL . . .	Physique médicale.
TANON . . .	Pathologie médicale.
TIFFENEAU . . .	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
VERNE . . .	Histologie.
VILLARET . . .	Pathologie médicale.
WELTER . . .	Ophthalmologie.

III. -- AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS . . .	Physiologie.
GOUGEROT . . .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT . . .	Obstétrique.

MM.

RETTGERER . . .	Histologie.
ROUSSY . . .	Anatomie pathologique.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

a titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE . . .	Clinique Chirurgicale. infantile.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . . .	Clinique médicale.	RATHERY . . .	Clinique médicale.
LEREBoullet . . .	Clinique médicale infan- tile.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI . . .	Clinique médicale.	TERRIEN . . .	Cliniq. ophthalmologique
LÆPER . . .	Clinique médicale.		

V. -- CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé . . .	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY		Stomatologie.
N		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de ma très profonde reconnaissance
pour tout le dévouement dont
ils ont fait preuve à mon égard.

A M. LE PROFESSEUR LECÈNE

Qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Bénévolat	M. le PROFESSEUR DEBOVE (<i>in memoriam</i>)
et	M. le PROFESSEUR agrégé RATHERY
Stage	M. le DOCTEUR TRÉMOLIÈRES
—	M. le PROFESSEUR agrégé TUFFIER
	M. le DOCTEUR ROUX BERGER
	M. le DOCTEUR BOULLOCHE (<i>in memoriam</i>)
Externat	M. le PROFESSEUR HARTMANN
	M. le DOCTEUR JULES RENAULT
Internat Provisoire	M. le PROFESSEUR LETULLE
Internat	1 ^{re} année M. le DOCTEUR WIART
	2 ^e année M. le PROFESSEUR LECÈNE
	3 ^e année M. le DOCTEUR MOUCHET
	4 ^e année M. le PROFESSEUR agrégé RIEFFEL

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS MONDOR ET OCKYNCZIK

A MES MAÎTRES DE CONFÉRENCE

M. le PROFESSEUR agrégé FOIX

M. le DOCTEUR SAUVÉ

A M. LE MÉDECIN PRINCIPAL ROUVILLON
PROFESSEUR au Val-de-Grâce

PREMIERE PARTIE

Kystes de l'Appendice

Sous ce nom nous étudierons les dilatations kystiques de l'appendice formées par les parois appendiculaires plus ou moins altérées, dilatations à contenu séreux ou muqueux et liées habituellement à une oblitération, à une sténose inflammatoire.

Différents noms ont été donnés à cette affection: Appendicite kystique, mucocèle de l'appendice, hydro-appendicite.

Les kystes de l'appendice sont actuellement bien connus. La première description semble dater de Rokitansky (1861). La plus ancienne observation que nous ayons trouvée est celle de Feré qui décrit en 1876 un mucocèle de l'appendice. Depuis et surtout depuis l'observation de Walther (1899) un très grand nombre d'observations ont été publiées. En outre, et sans parler des travaux parus à l'étranger, en France Letulle a entrepris leur étude dans son important travail sur l'appendicite, Kelly, Bérard et Vignard leur ont consacré quelques pages dans leur traité sur les maladies de l'appendice; Enfin trois thèses ont paru sur ce sujet, celles de Kerembrun, de Dubos, de Palayer.

Etiologie. — L'affection a été observée à tout âge (de

15 à 65 ans). Rarement c'est une découverte d'autopsie ou une découverte opératoire. Ordinairement, on trouve dans les antécédents remontant à quelques semaines, quelques mois, parfois quelques années, une ou plusieurs crises appendiculaires aiguës nettement caractérisées. D'autres fois cependant d'emblée l'affection a pris l'allure d'appendicite chronique avec vives douleurs répétées, apyrétiques. Exceptionnellement le malade est opéré à la suite d'une première crise datant de quelques jours seulement. C'est habituellement à froid que se fait l'opération, parfois cependant d'urgence pour des accidents d'allure péritonéale. Un point particulièrement intéressant est la coexistence d'appendicite kystique et de kyste de l'ovaire à contenu gélatineux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Aspect microscopique. — Les kystes de l'appendice se présentent macroscopiquement sous trois grandes formes.

1° Les kystes occupant la totalité de l'appendice;

2° Les kystes partiels;

3° Les diverticules kystiques.

Enfin nous décrivons une quatrième variété coeco appendiculaire:

I. *Kystes occupant la totalité de l'appendice*

L'appendice est tantôt libre dans la fosse iliaque, sa pointe relevée et comme en érection ou plongeant en bat-

tant de cloche dans le petit bassin. D'autre fois au contraire, il est adhérent à la fosse iliaque, au coecum, à l'épiploon, et sa libération peut être difficile.

Il est toujours très augmenté de volume. On le compare habituellement à une banane. Mais il peut être de volume moindre (pouce, petit doigt), ou au contraire de volume considérable atteignant le volume du poing, ou même ayant pu simuler par sa position rétrocoecale un rein atteint d'hydronéphrose. Les dimensions habituelles sont de 10 à 12 centimètres en hauteur, sur 4 à 6 de large.

L'appendice ainsi dilaté est d'apparence jaunâtre, parfois translucide, à surface lisse, plus ou moins vascularisé, de consistance tendue, renitente, parfois fluctuante, tremblotante. Il est relié au coecum tantôt par un étroit pédicule, tantôt par une base élargie. La cavité est habituellement unique, parfois cloisonnée.

II. Kystes partiels

La dilatation au lieu de s'étendre à tout l'appendice peut être partielle. Letulle a décrit de petites dilatactions kystiques partielles de l'appendice — ne dépassant pas 15 millimètres en hauteur et 10 millimètres en largeur. En général on en observe de plus volumineuses. Kelly décrit et figure une dilatation kystique occupant les $\frac{3}{4}$ intérieurs de l'appendice, le $\frac{1}{4}$ supérieur étant sténosé. D'autres dilatactions partielles sont plus limitées et peuvent siéger en tous les points. On peut les observer à la pointe de l'organe. (Obs. de Quénu où la dilatation est comparée à une petite cerise, de Potherat où la dilatation simulait un ovaire adhérent. Elles peuvent siéger au milieu (Kelly), ou à la base pouvant atteindre le volume d'une petite orange (Mouisset). Enfin elles peuvent être multiples et même donner lieu à une véritable maladie kystique de l'appendice (Bérard et Vignard).

III. Diverticules kystiques

Enfin dans un troisième type le kyste se détache de la paroi appendiculaire constituant des diverticules kystiques. Les uns sont de petites dimensions se différenciant peu des diverticules que nous étudierons tout à l'heure. D'autres au contraire sont volumineux, nous en trouvons un intéressant exemple dans l'observation de Herb où de la portion centrale d'un appendice de dimensions normales se détachait du bord libre une masse globuleuse de 23 cent. de circonf. à surface lisse (à paroi vasculaire fibreuse). Les diverticules kystiques peuvent se détacher de la face libre ou se développer dans le méso.

IV. Diverticules coeco appendiculaires

Une variété rare mais intéressante est représentée par les kystes coeco appendiculaires. La poche kystique appendiculaire venant faire hernie sous la muqueuse coecale qu'elle soulève en dôme. L'observation de Feré est un exemple intéressant de ce genre de kyste. Kelly en figure également dans son livre et aurait même observé un certain nombre de kystes en grande partie intra coeaux. L'observation de Thévenard et Durante (14) en est également un exemple d'une étiologie, il est vrai, particulière.

La paroi. — Que le kyste soit total, partiel ou diverticulaire la paroi et le contenu présentent les mêmes caractères que nous devons maintenant étudier.

La paroi est le plus souvent d'aspect lisse, parfois fibreuse, exceptionnellement calcifiée par endroit.

A la coupe, la paroi est toujours très amincie (1 à 2 millimètres).

L'aspect histologique rencontré au cours des diverses observations est variable, mais peut être ramené à trois types principaux qui ne sont d'ailleurs sans doute que les étapes d'une même transformation.

I. — Les différentes couches de la paroi sont conservées mais plus ou moins altérées:

A) Un type très rare et dont nous n'avons trouvé qu'une observation (Obs. Chavañnaz) présente comme altération principale une hypertrophie des glandes remplies de bouchons de mucus, exubérance de la couche glandulaire confinant à l'adénome, et volume considérable des follicules clos infiltré de leucocytes polynucléaires.

B) Le type habituel est exactement l'inverse, mais ici différents degrés sont à envisager.

1° La muqueuse a perdu ses plis, mais tous les éléments sont parfaitement reconnaissables. Il y a simplement tassement et refoulement des éléments de la paroi, lésions purement mécaniques pour les uns, interprétées par Letulle comme lésions d'atrophie, de sclérose inflammatoire. Le revêtement épithélial est normal. Le chorion est diminué d'épaisseur. Les glandes en tube sans être diminuées de nombre sont raccourcies, plus larges et surtout couchées parallèlement à la surface de la muqueuse (Letulle). Il y a des vestiges du tissu folliculaire. La sous-muqueuse est tassée, refoulée contre la musculuse. Elle peut avoir son aspect normal ou être sclérosée, fibreuse, dépourvue de la totalité de ses îlots adipeux, et semble avoir perdu la majorité de ses gros vaisseaux. On trouve difficilement les artérioles; les veines sont écrasées, larges. Les deux couches musculaires sont tantôt non altérées, le plus souvent amincies, étirées, la séreuse est normale.

2° A un degré plus avancé ce sont les mêmes lésions de tassement, d'amincissement, mais les altérations sont déjà plus marquées du côté de la muqueuse. L'épithélium de revêtement peut être encore formé de cellules cylindriques hautes mélangées à un grand nombre de cellules cali-

ciformes sécrétant du mucus (1). Plus souvent il est en grande partie aplati, cubique, par place desquamé, avec îlots conservés de cellules cylindriques et caliciformes. Mais ici on note la disparition des glandes et des follicules clos. Il y a donc atrophie complète de la muqueuse.

Du côté de la musculuse on peut noter également des altérations plus importantes (sclérose, état vacuolaire des fibres, etc.)

II. — Dans un deuxième type, le revêtement épithélial existe plus ou moins modifié, les glandes et follicules clos ont disparu, mais l'altération prédomine sur la paroi musculaire. Elle peut être réduite à une seule couche circulaire, sclérosée, amincie. Les fibres peuvent présenter des lésions de tuméfactions, trouble (Obs. Morlot-Mathieu), mais même la musculuse peut être entièrement disparue et remplacée par du tissu conjonctif (Obs. Moulonguet).

III. — Dans un troisième type enfin on note une disparition totale de la muqueuse (ni revêtement épithélial, ni glandes).

1° Tantôt la musculuse persiste plus ou moins intacte avec vestiges de la sous-muqueuse (Obs. Lefas et Audard), en présentant des altérations (Plaques de transformation gelatiniforme, Leroux).

2° D'autres fois tous les plans sont altérés, la musculuse a disparu et la paroi n'est plus représentée que par une lame fibreuse, sclérosée. Cette lame peut par place présenter des incrustations calcaires (Obs. Meslay-Pauchet). Elle peut du côté de la cavité présenter les lésions de nécrose (Gifford Nash) ou être séparée du contenu de la cavité par une trame conjonctive contenant des cellules embryonnaires.

Dans quelques cas on a pu sur un même appendice saisir la transition entre ces différents types de paroi (Meslay-Pauchet).

(1) voir planche II fig. 2

Il est à noter enfin que tantôt on relève la présence d'éléments inflammatoires très abondants, tantôt au contraire il est spécifié que ceux-ci font défaut. Enfin on a pu observer des cellules géantes sans qu'il fut question de lésions tuberculeuses et des éosinophiles à l'intérieur de ces parois plus ou moins altérées.

Le contenu. — Il peut être :

1° Rarement muco purulent ou lactéscnt.

2° Souvent c'est un liquide séreux, ce qui justifie le nom d'hydro appendicite donné par certains auteurs.

Et alors

a) soit citrin (Tourneux) séro albumineux avec grumeaux blanchâtres, (Montsaingon Paillard) et peut contenir de la fibrine (Mouisset).

b) Soit le plus souvent une sérosité claire muqueuse, filante. Ce liquide a tous les caractères du mucus.

3. Dans le plus grand nombre des cas, la cavité est remplie par une gelée blanchâtre, diffuente, demi coagulée, qu'on a comparée à la gélatine, à l'amidon cuit, à la gelée de pommes.

Caractères chimiques. — L'examen chimique lorsqu'il a été pratiqué a presque toujours montré les réactifs de la mucine, on a signalé la présence de cholestérine, d'acides gras.

Dans quelques cas on a trouvé de la fibrine et même dans une observation on signale l'existence d'une baguette de fibrine (Mouisset).

Caractères cytologiques. — Les résultats sont variables, tantôt il n'y a aucun élément cellulaire. D'autre fois on trouve des cellules épithéliales desquamées; des leucocytes mono et polynucléaires, des globules rouges.

Caractères bactériologiques. — Une particularité très importante du contenu de ces cavités kystiques c'est leur fréquente stérilité. Il faut distinguer les kystes à contenu muco purulent, les moins fréquents, des autres. Dans ces kystes tout proches encore d'une inflammation aiguë se trouvera fréquemment une ou plusieurs espèces microbiennes.

Mais dans les kystes à liquide clair ou à contenu gélatineux qui représente la majorité des kystes appendiculaires on ne trouve aucun élément microbien. Nous trouvons une fois seulement dans un cas d'appendicite kystique tuberculeuse signalée la présence de colibacilles.

Lanz et Tavel ont bien mis en valeur cette stérilité fréquente des kystes appendiculaires. Ils ont trouvé que les kystes étaient stériles dans une proportion de 37 0/0. Dubos, dans sa thèse, a repris cette question et a réuni un certain nombre d'observations où la stérilité de ces kystes est bien démontrée (Observations de Quénu, de Villars, de Chavannaz, de Broca). A ces observations nous pouvons joindre deux observations que le professeur Lecéne a bien voulu nous confier et que nous citons plus loin. Dans les deux cas l'examen direct ne montra aucun microbe. L'ensemencement sur gélose et sur bouillon fut négatif. De même l'inoculation au cobaye. Ce dernier examen ayant son intérêt. Certains auteurs ayant prétendu à tort, semble-t-il à la nature tuberculeuse de ces hydro-appendices. Signalons encore les observations de Dupont et Caraven, Montsainjeon et Paillard. La stérilité du contenu d'un grand nombre d'appendices kystiques est un fait actuellement bien établi.

Caractères physiologiques. — Nous ne voyons pas que ces caractères aient été notés dans les observations. Nous

n'avons trouvé que deux observations de Hartmann, observations de pseudo myxome appendiculaire, où l'étude biologique de masses gélatineuses fut pratiquée par Binet. Ces masses à réaction alcaline possédaient un pouvoir amylolique et étaient sans action sur les albuminoïdes. Il y aurait intérêt à rechercher la présence de mucinase, ferment trouvé par Hartmann et Binet dans les extraits glycerinés d'appendice kystique.

Pathogénie. — a) A quoi attribuer le développement de ces kystes appendiculaires. Il semble bien admis qu'il faille rechercher la cause *dans l'oblitération* de la portion susjacente de la lumière appendiculaire. Cette oblitération lorsqu'on l'a cherchée a été notée dans la plupart des observations. Cette oblitération est elle-même habituellement le reliquat d'une inflammation aiguë et subaiguë. Elle a été bien étudiée par Letulle dans son travail sur l'appendicite. Exceptionnellement elle est le fait de lésions tuberculeuses. Cependant, dans un certain nombre de cas, la crise aiguë appendiculaire n'est point retrouvée à l'origine. L'oblitération est-elle alors produite par une involution naturelle du canal appendiculaire vers la sclérose et l'atrophie (1). Faut-il invoquer des lésions inflammatoires subaiguës ou chroniques ayant évolué sans bruit.

Dans quelques cas, on a pu invoquer semble-t-il, une coudure de l'appendice, une torsion, en somme des lésions mécaniques. Dans un cas enfin l'oblitération était d'origine parasitaire.

b) Quelle est la nature du contenu du kyste. Dans l'immense majorité des cas le contenu a le caractère du liquide normalement sécrété par l'appendice.

Ce contenu est-il liquide séro muqueux, filant, il présente absolument les caractères du liquide de sécrétion appendi-

(1) Voir à ce sujet la thèse de Kérenbrum où toute cette question de l'oblitération est discutée.

culaire tel qui a été bien étudié par Roger et Josué. Est-il solide, gélatineux, c'est encore de ce même liquide de sécrétion mais coagulé qu'il s'agit; et les expériences des mêmes auteurs montrent encore que cette coagulation est le fait d'un ferment spécial, d'une mucinase, ferment normalement sécrété par l'intestin, qui a été retrouvé par Hartmann et Binet dans les extraits glycerinés d'appendices enlevés au cours de pseudo-myxomes appendiculaires. Il a pour action de coaguler le mucus, son action est empêchée normalement par la présence de bile qui ici fait défaut du fait de l'oblitération. L'inflammation ici comme dans le cas d'entérococolite au niveau de l'intestin favorise la production de ce ferment. Il s'agit donc en somme de *kystes par rétention* (Kelly).

Telles sont les données qui semblent maintenant bien admises.

Mais un certain nombre de questions se posent qui ne sont point encore résolues. Nous ne ferons qu'indiquer ici ces principales questions.

c) A côté de l'oblitération, il semble qu'il faille également faire jouer un rôle à l'arrêt de l'absorption du fait des lésions vasculaires et lymphatiques. Une observation d'Hartmann avec examen histologique fait par Lecéne montre bien ce rôle d'absorption des lymphatiques qui étaient dilatés et bourrés de la même substance hyaline (mucus) qui remplissait la cavité kystique appendiculaire. Elbé dans son important travail sur les diverticules et kystes appendiculaires a invoqué à juste titre ces lésions.

d) La présence de ce liquide de rétention s'explique bien lorsque la paroi présente encore des éléments muqueux susceptibles de le sécréter. Et il n'est pas besoin pour cela de glandes; les nombreuses cellules caliciformes existant indépendamment des glandes suffisent largement. Mais comment expliquer la présence de ce liquide de sécrétion peu altéré

— alors que depuis longtemps la paroi est fibreuse et dépourvue de tout élément muqueux. Une opinion intéressante et qui pose en tous cas le problème a été exprimée par Leroux qui attribue à un processus dégénératif, tissus conjonctif, d'origine infectieuse, la substance mucoïde trouvée dans l'appendice.

e) Mais bien que les observations soient insuffisantes à ce sujet, il est certain qu'il ne s'agit pas toujours d'un liquide de sécrétion. — Sans parler de liquide, muco purulent, ou lactescent, témoignant d'une réaction inflammatoire proche encore, on a noté des liquides, citrin, incolore, séro-albumineux, aqueux. Ce que Mocquot a dit de la vésicule biliaire s'applique vraisemblablement à l'appendice (in Thèse page 39): transformation séreuse, aqueuse d'un liquide de sécrétion ou d'un contenu purulent; ou encore liquide de dialyse du plasma sanguin comme ceux étudiés par Gosset, Loewy et Mestrezat récemment dans le contenu de vésicules biliaires oblitérées. Pour préciser ces points, il y aurait lieu, dans les observations, de préciser les relations entre les caractères chimiques du liquide, l'état de la muqueuse, la durée d'évolution des lésions.

f) Comment expliquer la stérilisation de ce contenu kystique alors que la paroi présente encore des lésions inflammatoires et que même exceptionnellement on y a retrouvé des microbes. Ce fait n'est d'ailleurs point particulier à l'appendice, mais il est intéressant et va à l'encontre de la théorie de la cavité close. Les mêmes faits s'observent pour la trompe, la vésicule biliaire.

g) Comment enfin expliquer les lésions mêmes de la paroi. Lésions purement mécaniques pour les uns; lésions d'abord inflammatoires, scléro atrophiques prédisposant à l'ectasie pour Letulle. Il y aurait lieu de répéter ici pour l'appendice les expériences de ligature du cystique faits par Mocquot et rapportées dans sa thèse.

Symptômes. — L'affection peut être latente toute la vie, ou se révéler brusquement par des accidents aigus alors que certainement son évolution datait déjà de loin (Obs. Gifford Nash).

Mais habituellement les kystes de l'appendice n'ont pas cette allure silencieuse.

L'affection semble se traduire par des crises douloureuses, se répétant assez fréquemment et caractérisées par des douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite ou dans la région épigastrique, pouvant s'accompagner de vomissements et le plus souvent apyrétiques. Le pouls peut être rapide, le facies altéré. La crise dure quelques jours. Dans l'intervalle rien, sinon des pesanteurs, des tiraillements, parfois des troubles digestifs avec atteinte de l'état général (Observations de Walther, Jaboulay, de Lecène).

C'est cette évolution par crises douloureuses que Jaboulay a voulu indiquer en donnant à cette affection le nom d'hydro-appendicite intermittente, comparant ces crises douloureuses aux crises d'hydronéphrose intermittente ou d'hydrocholécystite.

Les signes physiques sont pendant la crise ceux de toute appendicite, douleur, contracture de défense. Ensuite, lorsque la palpation devient plus aisée, la douleur persiste fréquemment. Parfois on ne sent rien, mais dans la plupart des observations, on signale l'existence d'une tumeur en boudin dans la fosse iliaque, tumeur dont le diagnostic exact fut exceptionnellement fait.

Complications. — Bien que rares, elles peuvent être observées.

Elles sont de deux sortes:

Inflammatoires;

Mécaniques.

Nous ajouterons la cancérisation.

Inflammatoire. — Il semble que des poussées inflammatoires puissent se produire dans ces parois. Elles expliqueraient certains accidents aigus, fébriles, à allure grave ayant pu forcer l'intervention d'urgence, ainsi que la présence d'éléments inflammatoires nombreux au niveau des différentes tuniques pariétales et même dans le contenu kystique avec cependant absence de microbe (Obs. Lecène), enfin l'existence d'adhérences pouvant elle-même être à l'origine de crises douloureuses.

De quelle origine cette inflammation. Réveil de l'inflammation ancienne. Inflammation nouvelle d'origine coecale ou venue par voie sanguine. Ce sont des points à préciser.

Mécaniques. — Nous avons pu relever trois sortes de complications mécaniques :

- La torsion,
- L'invagination,
- La perforation.

La torsion. — Nous la trouvons nettement indiquée et figurée dans deux observations. Celle de Lefas et Audard, celle de Meslay et Pauchet. Si dans le premier cas elle ne semble avoir donné lieu à aucun symptôme, dans le second elle paraît s'être manifestée par des accidents aigus, qui, joints à la constatation d'une tumeur dans la fosse iliaque firent poser le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu (Obs. Meslay et Pauchet).

L'invagination. — L'observation que nous devons à l'obligeance du professeur Lecène est un exemple des plus intéressants d'une invagination : l'éo coecal appendiculaire coexistant avec un appendice kystique.

Cette invagination à allure subaiguë évolua par crises douloureuses avec perception d'une tuméfaction mobile dans la fosse iliaque droite.

Perforation. — C'est la complication la plus fréquente.

La perforation donne lieu à l'envahissement de la fosse iliaque et des régions avoisinantes par des masses gélatineuses. C'est ce qu'on a appelé le Pseudo myxome d'origine appendiculaire. Cette affection est bien connue depuis les travaux de Péan, qui l'appelle maladie gélatineuse du péritoine; de Wœrth, de Lejars; Hartmann et Binet lui ont consacré en 1918 un important mémoire où l'on trouve rassemblé toutes les observations parues jusqu'à ce jour. Depuis, un certain nombre ont paru dont nous donnons plus loin les références, mais qui n'ont rien ajouté de nouveau à la question.

Nous résumons avec Hartmann et Binet les caractères de cette complication.

Rappelons seulement que cette affection fut toujours due à l'existence d'un appendice kystique simple ou diverticulaire. La perforation de l'appendice semble n'avoir fait défaut que deux fois sur 26 cas. Les masses gélatineuses peuvent être libres dans la cavité péritonéale, plus souvent elles sont enkystées soit dans une poche unique, soit dans une série d'alvéoles. Cliniquement c'est l'histoire d'une appendicite à crises typiques. La constatation du Pseudo myxome est une découverte opératoire. On hésite souvent d'ailleurs croyant à un exsudat inflammatoire ou à un néoplasme. Le pronostic est essentiellement bénin, nullement comparable à un pseudo myxome d'origine ovarienne de nature toute différente. Ce dernier est en effet de nature néoplasique. Au contraire ici les masses gélatineuses ont la même constitution que le contenu kystique de l'appendice et représentent le produit de sécrétion coagulé de l'appendice.

Cancérisation. — La paroi d'un kyste appendiculaire peut présenter une transformation épithéliale. Nous en trouvons une fort belle observation dans le mémoire de Letulle sur le cancer de l'appendice.- Dans ce cas une véritable néo muqueuse cancéreuse s'était substituée à la muqueuse normale.

Dans une autre observation de Meslay et Pauchet, le néoplasme s'était développé au niveau du tissu cicatriciel obliquant l'appendice.

Diagnostic. — Cliniquement, il n'est presque jamais fait; alors même qu'on constate une tumeur tout au plus en précise-t-on l'origine appendiculaire sans en soupçonner la véritable nature. Mais bien souvent même cette tumeur est cause d'erreur et fait penser à une tuberculose coecale, à un néoplasme du coecum, à un kyste de l'ovaire, à un rein, à des ganglions.

Le diagnostic anatomique sera aisé. Il faudra distinguer les kystes appendiculaires:

1° Des kystes para-appendiculaires, attachés à l'appendice et résidu d'une inflammation péritonéale de voisinage, véritable péritonite séreuse enkystée. La figure de la page 95 du traité Kelly en est une remarquable illustration.

2° Des faux kystes appendiculaires. Oudard et Lancelin ont donné une intéressante observation de ces faux kystes d'origine inflammatoire développés dans la sous-séreuse.

3° Des kystes parasitaires. Exceptionnellement, nous trouvons dans la thèse de Kérembrun, mentionnés trois kystes hydatiques.

4° Du cancer colloïde. C'est là un très important diagnostic qu'il s'agisse d'appendice kystique simple, ou d'appendice kystique perforé avec pseudo myxome appendiculaire.

Dans le premier cas c'est l'examen histologique de la paroi qui montrera les végétations néoplasiques avec dégénérescence colloïde. Dans le cas de pseudo myxome, l'examen histologique des masses gélatineuses montrera la présence de cellules épithéliomateuses greffées sur le péritoine.

Diagnostic étiologique. — Il sera important de reconnaître la nature de cette appendicite kystique et de savoir si elle est le reliquat d'une inflammation appendiculaire banale, ce qui est la règle, où si elle serait par hasard de nature tuberculeuse.

Palayer, élève de Jaboulay, dans sa thèse, tente d'établir avec une dizaine d'observations à l'appui la nature tuberculeuse de l'Hydro-Appendicite. De ces observations, une seule est concluante, (Obs. III), où l'inoculation au cobaye détermina de l'ascite et granulations tuberculeuses péritonéales.

A cette unique observation nous pouvons ajouter l'observation de Petit qui est également une forme d'appendicite kystique tuberculeuse, intéressante parce que le contenu séreux du kyste s'étant répandu dans la plaie opératoire, ce contact paraît avoir été à l'origine d'une fistule cutanée tuberculeuse.

La pathogénie des appendicites kystiques tuberculeuses est discutée. Oblitération et lésions vasculaires et lymphatiques dues à l'inflammation tuberculeuse comme elles sont dues à l'inflammation banale dans la forme ordinaire. Pour d'autres (Aglave) ces kystes représentent la transformation d'abcès froids appendiculaires. On retiendra en tous cas l'intérêt de l'inoculation au cobaye du liquide kystique.

Les autres causes seront exceptionnelles.

L'actynomycose ne semble pas avoir donné lieu à des formes semblables. Rappelons la curieuse observation d'Appendice kystique d'origine parasitaire (Thévenard-Durante).

DEUXIEME PARTIE

Diverticules de l'Appendice

Les diverticules de l'appendice ont déjà fait l'objet de nombreux travaux. En France, depuis l'observation de Walther, un assez grand nombre d'observations ont été publiées, les travaux de Letulle, de Lejars, plus récemment la thèse de Lorillou, les pages de Bérard et Vignard et de Kelly, dans leur traité sur les maladies de l'appendice, la revue générale de Chauvin ont bien mis au point la question. A l'étranger, il nous faut citer les noms de Mertens et Elbe qui ont donné des diverticules une étude détaillée.

Ces diverticules se divisent en deux grandes classes: les diverticules congénitaux et les diverticules acquis; cette division répondant à une différence structurale capitale: les D. congénitaux étant des diverticules à paroi complète; les D. acquis étant passés par une partie des éléments normaux de la paroi appendiculaire.

Nous laisserons de côté les diverticules microscopiques sous jacents à la muscularis mucosae dont on trouve de bons exemples dans le travail de Letulle.

Diverticules congénitaux

Ils sont extrêmement rares, on en note actuellement que trois observations: *Walther, Bérard, Vignard, Kelly, Chauvin, Letulle, Lejars, Lorillou, Mertens, Elbe*

1° L'observation de Jacquemet de Grenoble citée dans la thèse de Lorillou. Il s'agit d'une trouvaille d'autopsie chez une femme morte d'asystolie. L'appendice portait sur son bord libre une bosselure du volume d'un petit pois. Elle s'y montrait constituée par deux cavités muqueuses accolées en canons de fusil et dont la lumière s'ouvrait par deux pertuis dans la cavité de l'appendice. L'examen histologique montrait que toutes les tuniques appendiculaires étaient représentées et qu'il y avait absence totale de lésions inflammatoires.

2° L'observation de Hedinger, citée par Lejars. Chez un enfant mort-né, le tiers externe de l'appendice était semé de nombreuses bosselures constituée par des hernies diverticulaires de la paroi où se prolongeait la couche musculaire.

3° Enfin l'observation de Sisoyeff. Il y avait un double diverticule muqueux avec revêtement musculaire, mais avec présence de kystes inflammatoires secondaires.

En somme, dans ces très rares observations, ce qu'il faut retenir, c'est le siège en un point quelconque de l'appendice, la présence de toutes les tuniques appendiculaires et en particulier de la musculuse.

A côté de ces observations, aujourd'hui classiques, il nous faut en signaler d'autres où la nature congénitale a pu paraître moins évidente.

4° Rouffiac a récemment publié un cas d'appendice diverticulaire à 4 cavités d'origine congénitale. La pièce fut enlevée au cours d'une opération pour péritonite diffuse. Le fond de la cavité appendiculaire s'épanouissait en une série de diverticules continuant la direction de l'appendice. Ces diverticules étaient d'abord compris à l'intérieur de l'anneau musculaire, mais on les voyait ensuite écarter progressivement les faisceaux musculaires et venir faire saillie sous

la séreuse ou dans le tissu cellulaire du méso. La muqueuse était intacte avec son épaisseur normale, ses glandes, son chorion, ses follicules clos. L'écartement musculaire était progressif, non brusqué.

5° A propos d'un diverticule latéral sous jacent à la musculaire mucosée, Letulle discute la nature congénitale de la lésion sans d'ailleurs l'admettre.

6° Enfin Lorrain a publié une observation où l'on trouve des lésions appendiculaires complexes que l'auteur attribue à des malformations congénitales.

L'appendice outre un diverticule microscopique présentait deux ruptures musculaires ayant laissé échapper l'une une hernie de la celluleuse, l'autre énorme tout le fond du canal appendiculaire. Mais il semble qu'il s'agisse de lésions inflammatoires.

Diverticules acquis

Ce qui les distingue des précédents, c'est que ce sont des diverticules à parois incomplètes, la musculuse y fait toujours défaut.

Ces diverticules peuvent être simples ou kystiques.

Diverticules simples

Etiologie. — Ces diverticules sont trouvés sur des appendices enlevés à chaud ou à froid à la suite de crises appendiculaires répétées, d'intensité variable. Le début de la première crise remonte à un temps qui varie de 2 mois à quelques années. Cependant, dans quelques cas, la crise qui nécessite l'opération est la première, il s'agit alors, nous le verrons d'appendicite diverticulaire.

Anatomie pathologique. — Aspect de l'appendice

L'appendice porteur de diverticules est généralement altéré, augmenté de volume, épaissi, à surface plus ou moins vascularisée, adhérent souvent; il s'agit là de lésions inflammatoires banales.

Un point important à préciser est l'existence d'oblitération de la lumière appendiculaire sus-jacent au diverticule. Il n'en est généralement point fait mention dans les observations. Cependant dans une observation de Letulle, le diverticule siégeait au-dessous d'une sténose inflammatoire. De même, dans l'observation de Grynfeldt et Chauvin, l'appendice présentait une série d'oblitérations segmentant la cavité principale en autant de cavités secondaires et à chacune répondait un diverticule.

Le diverticule

Il peut être unique, double, triple, multiple donnant alors à l'appendice un aspect mamelonné particulier que certains ont comparé à un cornichon.

Le siège est variable, mais il importe de distinguer deux cas:

1° Le diverticule occupe le bord adhérent et dans ce cas il s'enfonce dans le méso, le dédoublant et soulevant ses feuillets en une tuméfaction arrondie parfois allongée. Dans un cas de Lejars, le diverticule en doigt de gant simulait une bifurcation de l'appendice.

2° Il siège sur la surface libre en un point quelconque.

Dans ce cas il se présente comme une bosselure de dimensions variables habituellement comparé à un pois, mais pouvant varier des dimensions d'un grain de chènevis à celle d'un raisin. La surface est hémisphérique, arrondie, régulière, lisse, ne pouvant présenter des traces de lésions inflam-

matoires, adhérences, vascularisations, houpes fibrineuses.

3° Enfin sur un même appendice, on peut observer les deux sortes de diverticules, les uns dans le méso, les autres sur le bord libre.

Pour donner une idée de la fréquence de ces différents types, sur 9 observations, nous trouvons 6 fois des diverticules du bord libre, 2 fois du méso, 1 fois mixte.

Aspect d'ensemble des diverticules

Pour prendre connaissance de la configuration du diverticule, il faut après fixation de l'appendice pratiquer une série de coupes. On arrive ainsi à reconstituer l'aspect du diverticule.

Celui-ci se présente comme une hernie de la muqueuse à travers un étroit collet musculaire, hernie qui vient s'étaler au-delà de la hernie musculaire sous la séreuse. Il en résulte deux aspects principaux des coupes, suivant que la coupe passe en deçà ou delà; mais dans les deux cas, l'aspect général est très schématique et le même pour tous les diverticules acquis.

1° *Coupe passant par le collet.* — Elle offre une forme ovoïde à petite extrémité répondant à la bosselure du diverticule. Dans la grosse extrémité on reconnaît les différentes tuniques de l'appendice; la muqueuse au centre ou légèrement excentriques parfois, plus ou moins altérée, avec ses glandes, son chorion, la sous-muqueuse, la musculuse qui s'interrompt brusquement au niveau de la petite extrémité prenant ainsi un aspect en croissant tout à fait caractéristique à travers cette brèche, la muqueuse fait hernie et vient s'étaler sous le revêtement séreux de la bosselure. Donc, deux cavités, l'une intra, l'autre extra-musculaire réunies par une portion rétrécie.

2° *Coupe passant au-deçà ou au-delà du collet.*

La brèche musculaire se referme peu à peu et l'on a alors deux cavités isolées, l'une centrale entourée de l'anneau musculaire, l'autre périphérique extra-musculaire.

Contenu. — Le contenu du diverticule est variable, muquo purulent, muqueux, parfois on trouve des corps étrangers.

La paroi. — Elle nous présente à étudier les éléments suivants de la superficie à la profondeur.

a) *La séreuse.* Elle peut être altérée, fibreuse, scléreuse avec lésions sous-jacentes inflammatoires.

b) La musculuse fait toujours défaut. C'est là le caractère essentiel. Les fibres longitudinales s'arrêtent toujours brusquement au niveau du collet formant un éperon ou un bord arrondi ou comme taillée au couteau (Seelig).

Les fibres circulaires peuvent être particulièrement entraînées à travers la brèche musculaire. Elles vont en s'amincissant, dépassant rarement le tiers interne de la surface diverticulaire.

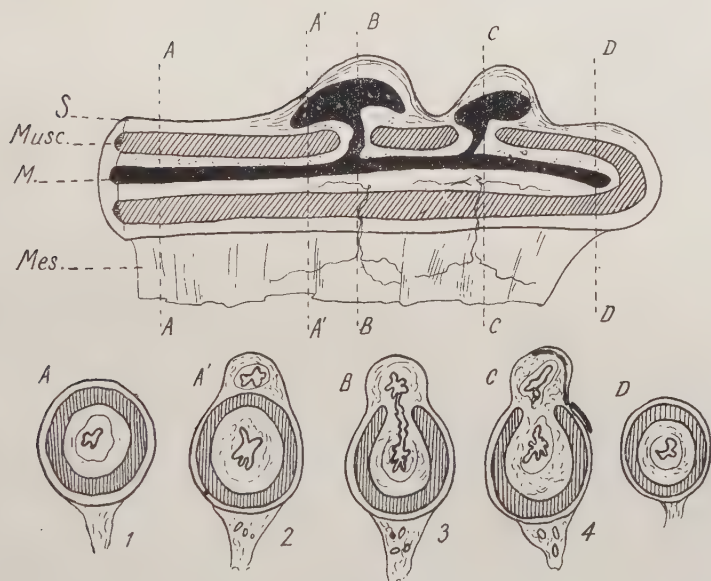
c) La sous-muqueuse tantôt fait défaut. D'autres fois, on la retrouve présentant des altérations inflammatoires, variées, comparables à celles qu'on observe au niveau de la cavité principale.

d) *Le Revêtement interne* présente de très grandes variations dont la connaissance a une grande importance au point de vue théorique. Nous pouvons schématiquement distinguer trois types.

Premier type. — Il existe une tunique muqueuse complète avec revêtement épithélial, glandes, follicules clos.

Observation I.

Coupe schematique, de l'appendice divestriculaire



Mais ceux-ci sont rarement normaux et présentent des lésions inflammatoires; dans certains cas le revêtement épithélial est cylindrique, caliciforme, comparable au revêtement normal de l'appendice; mais dans d'autres cas le revêtement épithélial est bas, cubique.

B) Les glandes sont rarement très développées (Sieur), le plus souvent elles sont altérées, en moins grand nombre, à cul-de-sac étroit, parfois en grande partie disparues.

C) Le chorion est scléreux.

D) Les follicules lymphatiques sont tantôt rares, à l'état de vestige, tantôt extrêmement développées comme dans l'observation de Lejars où il y avait menace d'abcès et de perforation.

Deuxième type. — Il y a revêtement épithélial complet mais la tunique muqueuse a disparu. Plus de glandes, plus de follicules clos. Parfois on observera l'aspect suivant: tandis que la portion du diverticule proche du collet présente encore une tunique muqueuse complète, la partie éloignée en est dépourvue. Il n'y a qu'un revêtement épithélial d'une seule assise de cellules basses (Obs. Lecène). (1).

Troisième type. — Le revêtement épithélial peut faire défaut. La muqueuse s'avance en étropion au-delà du collet, mais ensuite la paroi est formée de tissu conjonctif, inflammatoire, granuleux.

Diverticules kystiques

Les diverticules kystiques sont soit de petits diverticules ressemblant aux précédents par leur siège (dans le méso ou dans la face libre) leur forme, la constitution de la paroi (hernie de la muqueuse à travers une brèche musculaire ou usure progressive de la paroi) ne différant que par leur étio-

(1) voir planche I fig. 1 et 2

logie (coexistence des appendices kystiques), soit de volumineux diverticules kystiques que nous avons étudiés avec les kystes de l'appendice.

PATHOGENIE ET CLASSIFICATION

Les diverticules acquis simples ou kystiques dépendent à deux grands types, les diverticules inflammatoires, les diverticules non inflammatoires.

DIVERTICULES D'ORIGINE INFLAMMATOIRES. — Ils ont été les premiers décrits. Letulle et Wemberg leur ont consacré des pages importantes dans leur travail sur l'appendicite et l'on peut avec ces auteurs distinguer trois types de diverticules inflammatoires.

1° *Les Ulcérations diverticulaires.* — Ce sont des ulcérations des cavernes creusées dans la paroi sous-muqueuse et musculieuse par une appendicite ulcéreuse. Ces ulcérations diverticulaires ont pour caractère d'être privées de revêtement endothélial.

2° *Les Diverticules cicatriciels.* — Ceux-ci ont les mêmes caractères généraux de siège et de forme que les précédents mais ils sont pourvus d'un revêtement épithélial implanté sur du tissu de cicatrice sans chorion (1). Letulle admet que la cavité s'est cicatrisée par poussée de l'épithélium de la cavité principale.

Une récente observation de Grynfeldt et Chauvin vient illustrer d'une façon remarquable ce processus. Il s'agit d'un diverticule dépourvu de revêtement épithélial avec ectropion de la muqueuse de la cavité principale au niveau du collet (siège de la perforation muqueuse).

« La muqueuse paraissait s'être rabattue au niveau de sa perforation sur la paroi de l'abcès en une sorte de collerette tapissant le collet et la partie étroitement avoisinante. » Les

(1) voir également planche I

auteurs ont pu suivre en ce point l'évolution de cellules qui d'abord normales (cylindriques, caliciformes) se transformaient progressivement pour aboutir à un épithélium bas revêtant du tissu des granulations, enfin à un syncythium et à des cellules géantes glissant peu à peu et s'essaimant pour recouvrir le tissu de cicatrice; ces faits venant d'ailleurs à l'appui des travaux de Quénu et Landel sur la cicatrisation de la muqueuse intestinale.

3° *Les diverticules inflammatoires à revêtement muqueux complet.* — Letulle a décrit une semblable diverticule située sous les muscularis, près du bord mésentérique. Cet auteur explique ce diverticule par une plicature de la muqueuse au-dessous d'une bride cicatriciel. Mais pareils diverticules et plus volumineux pourront s'observer à la suite d'une destruction inflammatoire localisée à la musculuse qui ne se régénère pas, mais qui est remplacée par du tissu fibreux. Celui-ci sera peu à peu refoulé par la muqueuse et ainsi pourra se constituer un diverticule du troisième type (Seelig). La pression intra-appendiculaire, plus marquée en cas de sténose jouera un rôle important.

L'observation I de Malatesta est un exemple un peu particulier de diverticule du troisième type. Le diverticule, à revêtement muqueux complet, communique par un étroit collet avec la partie supérieure, cavité principale, et descend sur toute la longueur de l'appendice en dehors de la couche musculaire parallèlement à la cavité principale, celle-ci d'ailleurs entièrement oblitérée dans son tiers moyen.

Enfin, à ces lésions diverticulaires inflammatoires, nous rattacherons sans y insister des lésions plus complexes, telles que celles étudiées par Lejars et Ménétrier: appendices à plusieurs cavités indépendantes qui représentent semble-t-il autant de portions de l'ancienne cavité séparées par le processus cicatriciel.

En résumé, ce qui caractérise ces diverticules, c'est :

1° La diversité de leur revêtement interne.

2° La diversité de leur siège ou niveau du bord libre ou mésentérique.

3° Et pour certains, la largeur de leur collet.

Cependant pour Letulle ces diverticules inflammatoires siègeraient avec une fréquence plus grande du côté mésentérique, lieu de moindre résistance inflammatoire, par conséquent, siège fréquent d'altérations.

DIVERTICULES NON INFLAMMATOIRES. — C'est Lejars qui, en France, a bien établi l'existence de ces sortes de diverticules. La réalité de semblables diverticules semble bien prouvée par des observations telles que celle de Sondeck et celle de Lejars où l'on voit une appendicite aiguë strictement diverticulaire à sa première localisation.

Les semblables diverticules existent d'ailleurs dans les autres segments du tube digestif.

Ces diverticules se développent en des points de moindre résistance. Ces points sont par excellence les fentes vasculaires véritables brèches à travers lesquelles les vaisseaux traversent la paroi musculaire au niveau du mésentère.

Par quel mécanisme, la muqueuse s'engage à travers ces fentes. Par traction et par pression; tractions par brides, par surcharge graisseuse, accroissement de la pression intra-appendiculaire par afflux de liquide intestinal, ou par hyper-sécrétion (Lejars). Mais ici apparaît encore le rôle du processus inflammatoire.

Si bien que parmi ces diverticules, les uns seront nettement développés en dehors de toute lésion inflammatoire, les autres bien que non d'origine inflammatoire, seront néanmoins secondaires à des lésions inflammatoires à distance (sténose, hypertrophie glandulaire).

A cette variété de diverticules, il faut rattacher les diverticules kystiques qui se développent manifestement par excès de pression à la surface d'appendices kystiques. La paroi appendiculaire distendue cède en certains points soit par usure progressive, soit qu'il y ait un lien de moindre résistance, et aussi se produisent des diverticules comparés par Lecène à de véritables petits anévrysmes. (Obs. 4). (1).

En résumé, les caractères des diverticules non inflammatoires sont théoriquement les suivants:

leur siège au niveau du mésentère,

leur collet étroit,

leur revêtement muqueux complet mais pouvant être altéré ultérieurement par des lésions inflammatoires qui se localiseront avec prédilection en ces points.

Symptômes, complications

Ces diverticules n'ont ni symptomatologie propre, ni diagnostic possible. Ce sont des découvertes opératoires.

Cependant leur existence n'est point chose indifférente et ils peuvent être à l'origine de graves complications.

Appendicite diverticulaire. Perforation

Tout d'abord, il semble que l'infection se localise avec prédilection au niveau des diverticules.

L'appendice peut être porteur de lésions diffuses, vestiges de crises anciennes et la réinfection se faire au niveau d'un diverticule.

Plus intéressantes sont les localisations diverticulaires primitives. Dans les cas de diverticule congénitale, ou de diverticules acquis non inflammatoires, c'est la véritable appendicite diverticulaire.

1. voir planche III

Les observations de Sondeck, de Lejars, illustrent remarquablement ces cas. Dans ces deux observations, le diverticule était seul siège des lésions, toute la muqueuse de la cavité principale était saine sinon sur une bordure de un centimètre entourant l'orifice diverticulaire. L'observation de Rouffiac montre également une localisation primitivement diverticulaire.

On comprend combien dans ces cas la propagation au péritoine ou la perforation pourra être rapide puisque la musculuse fait défaut et que la séreuse est de barrière. Si le diverticule siège sur le bord libre, c'est une menace rapide de péritonite diffuse. Une autre observation de Lejars est intéressante car elle nous montre une perforation toute proche, empêchée par l'opération. Nous n'insisterons pas sur les conclusions opératoires, intérêt d'enlever tout appendice après une attaque aigüe.

Abcès dans le méso. — Si le diverticule siège sur le bord adhérent dans le méso son inflammation pourra donner lieu à des abcès dans le méso, à des abcès rétrocoeaux. Des inflammations de tels diverticules pourraient être à l'origine de pyléphlébites.

Tumeurs inflammatoires. — Sieur a rapporté l'observation d'une tumeur inflammatoire entourant l'appendice, et infiltrant la paroi abdominale, tumeur volumineuse qui occupait toute la fosse iliaque et fit errer le diagnostic.

Cette énorme tumeur faite de tissu lardacé, contenant dans ses aréoles du liquide séreux, entourait un appendice multidiverticulaire. Sieur pense avec raison que le rôle des diverticules est vraisemblable, bien qu'il n'y eut pas de perforation de la paroi, la proximité de la muqueuse, l'absence de barrière musculaire permettant facilement l'infection péri-appendiculaire.

De telles complications sont rares, mais sont intéressantes

à connaître. Les auteurs citent une observation semblable de Meyerson.

Pseudomyxome. — Complique les diverticules kystiques et a été étudié avec les kystes appendiculaires.

Complications opératoires. — Walther insiste avec raison sur l'intérêt qu'il y a à ne pas méconnaître un diverticule dans le méso, sous peine de s'exposer à le laisser ouvert dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION N° 1 (LECENE)

DIVERTICULES DE L'APPENDICE

Mme X..., âgée de 35 ans, entre le 4 janvier 1906, à l'hôpital Lariboisière, pour une appendicite.

Le 17 novembre 1905, étant enceinte de deux mois, la malade fut prise brusquement de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, avec frissons, fièvre à 39° , vomissements verdâtres. Les symptômes durèrent quelques jours et la malade fut examinée à ce moment par le Docteur Martinet, qui fit le diagnostic d'appendicite. Le 21 novembre la malade perdit du sang par le vagin et fit une fausse couche de deux mois.

La malade se remit très rapidement de ces premiers accidents et reprit ses occupations, mais à la fin de décembre 1905, après un dîner où elle mangea du boudin, la malade fut reprise d'accidents aigus, avec diarrhée, vomissements, fièvre ($38^{\circ}2$), et douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Le Docteur Martinet revit alors la malade et constata l'existence d'un plastron dans la région de la fosse iliaque droite.

A son entrée à l'hôpital, quelques jours après (5 janvier 1906), la malade présente encore de la fièvre, $38^{\circ}7$, le soir; mais elle ne vomit plus.

A l'inspection, le ventre est globuleux, surtout au-dessous de l'ombilic; la ligne blanche est déprimée et en faisant asseoir la malade, on constate facilement l'existence d'une légère éventration. La palpation réveille une douleur vive dans la fosse iliaque droite; à ce niveau les muscles de la

paroi sont en état de défense. On arrive à délimiter une masse qui remplit la fosse iliaque droite, cette masse présentant un certain degré de résistance sans fluctuation, est mate à la percussion; dans sa moitié intérieure, mais elle devient sonore à mesure que l'on se rapproche de l'ombilic; à ce niveau de cette partie sonore, la main qui palpe perçoit presque constamment des petits gargouillement intestinaux.

Le toucher vaginal permet de constater que le corps utérin est en anteflexion normale, légèrement dévié à gauche de la ligne médiane. En arrière et à droite du corps utérin on sent un empâtement indolore impossible à délimiter qui se continue jusque dans la fosse iliaque avec la tuméfaction déjà trouvée par le palper abdominal. La malade toujours bien réglée a eu deux enfants à terme, le dernier il y a quatre ans : elle n'a jamais présenté dans son passé de crises douloureuses dans la fosse iliaque droite pouvant rappeler de près ou de loin l'appendicite avant les accidents actuels.

Opération. — Le 8 janvier 1906 incision curviligne immédiatement au-dessous de l'épine iliaque antérieure et inférieure, descendant parallèlement à l'arcade crurale; on arrive sur le péritoine: celui-ci ouvert, on trouve immédiatement l'intestin adhérent; au palper, on arrive à sentir une partie plus dure; on décolle les anses grêles adhérentes dans la direction de cette masse dure et on arrive ainsi à reconnaître un appendice volumineux, dur, présentant le long du bord opposé à l'insection mésentérique, deux bosselures qui ressemblent à de petits ganglions; ligature du méso appendice; section de l'appendice après ligature; cautérisation du moignon. Drain. Fermeture du reste de la plaie en un seul plan de fils d'argent.

La guérison eut lieu très simplement sans complications, et la malade sortit de l'hôpital le 28 janvier 1906.

Examen de la pièce. — L'appendice volumineux mesure environ 10 centimètres de longueur; il a le volume du petit doigt. Régulièrement cylindrique dans les deux tiers qui correspondent à son insertion cœcale, il présente au contraire deux bosselures du volume d'un gros pois dans son tiers distal; ces bosselures siègent exactement sur le bord libre de l'organe, à l'opposé de l'insertion de son mésentère par conséquent. Ces bosselures régulièrement arrondies font une saillie d'environ un centimètre à la surface du cylindre appendiculaire; elles sont recouvertes par la séreuse qui est à leur niveau, comme d'ailleurs dans tout le reste de la surface de l'appendice, vascularisée et hérissée de petites houppes fibreuses très fines, reliquat des adhérences nombreuses qui unissaient l'appendice aux organes voisins.

Pour déterminer les significations de ces bosselures nous avons fait une série de coupes frontales, perpendiculaires à l'axe de l'appendice préalablement durci dans le formol à 10 0/0.

Le schéma ci-joint donne une bonne idée de ce que ces coupes verticales frontales, étagées de distance en distance nous ont appris. (1).

OBSERVATIONS II. (LECENE)

COLIQUES APPENDICULAIRES INVAGINATION ILEO-CECO-APPENDICULAIRE AIGU APPENDICE KYSTIQUE

Homme de 44 ans. Entré le 4 mai 1911 à Bichat. Il y a 8 ans aurait eu une crise qualifiée colique appendiculaire ou colique hépatique.

(1) voir fig. page 31 et planche I

Il y a 15 jours, le malade présente une nouvelle crise abdominale douloureuse diagnostiquée: appendicite.

Soigné par repos au lit et applications de glace.

Le 4 mai 1911, le malade qui avait commencé à manger depuis quelques, est repris d'une douleur très vive dans le côté droit du ventre. Il se sent très mal et vomit plusieurs fois de la bile. Fièvre 37° 2. Pouls 90. A son arrivée à l'hôpital le malade a un bon facies, langue humide. Il a été à la selle et a rendu des gaz. Le ventre est partout souple et sonore sauf dans la fosse iliaque droite. En ce point, on sent derrière la paroi une masse ovoïde du volume du poing, douloureuse, de consistance ferme, légèrement mobile, latérale-ment et de bas en haut. Le malade présente à gauche une hernie inguinale qui aurait été il y a 6 ans le siège d'un étranglement heureusement terminé par le taxis. Diagnostic: Torsion intra-abdominale du grand épiploon. Intervention immédiate.

Opération (Lecène). — Le 4 mai 1911, à 10 h. 5 du soir: 1° Incision médiane sous ombilicale. Exploration — l'épiploon apparaît normal. On sent dans la fosse iliaque droite une tumeur occupant la région coecale. On referme l'incision médiane par 3 points de suture.

2° Incision sur le bord externe du muscle grand droit à droite. On aperçoit alors la masse perçue à la palpation formée par invagination iléo-coecale-appendiculaire dans le colon ascendant. On attire en dehors la masse, on voit l'iléon et l'appendice très augmenté de volume; ce dernier est gros comme le pouce, kystique et rénitent, invaginé dans le colon ascendant. Par expression et traction douce, on arrive facilement à désinvaginer et à mettre en place l'angle iléo-coecal et l'appendice. On enlève l'appendice. Ligature du méso. Enfouissement du moignon. Fixation du coecum à la fosse iliaque par quelques points de suture. Fermeture du ventre. Le malade guérit facilement et sort de l'hôpital le 24 mai.

L'appendice enlevé est gros comme le pouce: longueur 12 centimètres, paroi très mince. A son extrémité distale, gros diverticule qui est accolé à la pointe de l'appendice. On recueille aseptiquement le liquide contenu dans la pointe de l'appendice qui a la consistance d'une gelée semi-liquide et une coloration blanchâtre.

Une coloration directe au bleu de métylène montre qu'il n'existe ni leucocytes, ni microbes dans le liquide qui prend une teinte violacée avec le bleu de Unna. La recherche du bacille de Koch par le ziehl à chaud est négative. L'ensemencement sur jélose sur bouillon acrobic et anacrobic ne donne aucune culture.

Les coupes de la paroi faites au niveau du fond là où un diverticule est accolé à l'appendice dialté et kystique montre que la paroi appendiculaire est extrêmement amincie et formée de dehors en dedans par:

La séreuse, deux couches musculaires très minces, une sous-muqueuse très amincie. Le chorion ne contient plus d'éléments limphoïde et le revêtement est formé par une seule assise de cellules épithéliales cylindriques hautes en grande partie caliciforme. (1).

OBSERVATION III (LECENE).

CRISES APPENDICULAIRES. APPENDICE KYSTIQUE

Homme de 26 ans. Entré le 6 janvier 1912, à l'Hôpital Bichat.

En septembre 1911, le malade a eu à plusieurs reprises des vomissements nocturnes, vomissements alimentaires, non accompagnés de douleurs.

(1) Voir pl. II et pl. III.

Le 3 décembre 1911, à 7 heures du soir, le malade se sent mal et présente dans tout le ventre des douleurs de plus en plus intenses. A 9 heures du soir, il vomit abondamment, vomissement d'abord alimentaire, puis bilieux. Les douleurs persistent toute la nuit. Puis elles se calment un peu, mais durent pendant 3 jours. Au bout d'un quinzaine de jours, le malade se sentant mieux reprend ses occupations. Le 23 décembre 1911, il est repris d'une crise analogue à la précédente. Un médecin appelé trouve un point douloureux très net dans la fosse iliaque droite. Cette crise dure encore trois jours. On conseille au malade de se faire enlever son appendice.

Actuellement le malade ne souffre plus spontanément, à l'inspection de l'abdomen rien d'anormal. Pas de contraction musculaire. A la percussion un peu de submatité et la pression très profonde réveille une certaine sensibilité. Le malade ne présente aucune autre lésion.

Opération (Lecène). — 13 janvier 1912. Incision dans la fosse iliaque droite. Dissociation musculaire. On trouve un appendice très adhérent et coudé situé derrière l'angle ilio coecal. Après section du méso et de l'adhérence, on extériorise l'appendice. Cet appendice une fois déplié a une longueur de 10 à 12 centimètres et le volume du pouce. Paroi très mince, il renferme sous tension un liquide qui paraît muqueux. Ligature du méso, enfouissement du moignon. Suture de la paroi sans drainage. Le malade sort guéri le 25 janvier.

On prélève aseptiquement le contenu de l'appendice qui est formé par une masse demi-coagulée, de couleur blanchâtre. On ne trouve pas de microbes à l'examen direct. Les cultures sur les milieux usuels sont négatives. On cherche spécialement le bacille de Koch, coloration au ziehl négative. On inocule deux cobayes avec 2 centimètres cubes de liquide dans la cavité abdominale. Les deux cobayes sont sacrifiés au bout de 35 jours et ne présentent pas de tubercules.

Les coupes de la paroi appendiculaire montrent que celle-ci est amincie. On retrouve la musculaire étirée, la muqueuse ne présente pas de formations limphoïdes, mais la paroi interne de la cavité tapissée que de place en place par un épithélium cubique en grande partie desquamé.

OBSERVATION IV (LECENE)

CRISES APPENDIC. — APPENDICITE KYSTIQUE ET DIVERTICULAIRE

Femme 23 ans. La malade a déjà eu plusieurs crises abdominales douloureuses depuis deux ans.

Ces crises sont accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux abondants. Il n'y a pas eu de fièvre lors de ces premières crises. Il y a cinq semaines, une nouvelle crise très douloureuse avec fièvre $38^{\circ}5$ et vomissements alimentaires et bilieux. Le toucher rectal pratiqué à ce moment montre qu'il existe à la partie postérieure supérieure droite du petit bassin une masse douloureuse. On traite le malade par le refroidissement.

Opération, 12 avril 1911. — Incision iliaque droite. Dissociation musculaire. On trouve un appendice très augmenté de volume, aminci, entouré d'adhérences, l'unissant à la paroi supérieure droite de l'excavation pelvienne. Après libération d'adhérences et section du méso, on enlève l'appendice. Enfouissement du moignon. Réunion sans drainage. La malade sort guérie le 15^e jour.

L'appendice est oblitéré du côté coecal et il présente près de son insertion coecale un diverticule très net qui fait saillie sous la suture.

On prélève aseptiquement le contenu de l'appendice formé par une gelée semi-liquide à du mucus à moitié coagulé.

A l'examen direct on trouve d'assez nombreux polynulaires et monomulaires, mais pas de microbes.

Les cultures sur des milieux usuels (bouillon, gélose, acrobic et anacrobic) ne donnent aucune culture. Recherche des bacilles de Koch, négative.

Les coupes de la paroi montrent au niveau du diverticule que celui-ci est formé par une hernie de la muqueuse très amincie à travers la paroi appendiculaire dont les fibres musculaires s'arrêtent brusquement au niveau des bords du diverticule.

La paroi du diverticule est formée par un chorion présentant une inflammation subaigüe, et une seule assise épithéliale cubique en partie desquamée (1).

OBSERVATION V (LECENE)

APPENDICE KYSTIQUE ET DIVERTICULAIRE

Homme de 30 ans. — 23 février 1913. Bichat.

En septembre 1909, le malade est pris de douleurs brusques dans le bas ventre; vomissements verdâtres, diagnostic appendicite, applications de glace. Le malade se relève au bout de 8 jours et se sent bien.

Le 15 octobre 1909, nouvelle crise de douleurs, vomissements verdâtres. Cette crise fut légère et ne dure que quelques jours. Le 20 décembre, nouvelle crise douloureuse avec vomissements. Nouveau diagnostic d'appendicite. Le 6 février 1910, encore une crise avec vomissements pendant plusieurs heures.

(1) Voir planche III

Actuellement à la palpation de la fosse iliaque droite on ne constate l'existence d'aucun empâtement. La percussion donne une sonorité normale. A égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque cent-sup. la pression profonde révèle l'existence d'un point douloureux très net avec défense musculaire à ce niveau.

Opération. — 23 février 1910 (Lecène). Incision de la fosse iliaque droite. Dissociation musculaire. On aperçoit l'appendice très augmenté de volume distendu et aminci. L'appendice, la fin de l'ilion et le méso est épaissi. On libère l'appendice et on dissèque le méso qui contient une masse du volume d'une noisette qui paraît correspondre à un diverticule provenant du bord mésentérique de l'appendice.

Hémostase. — Enfouissement soigné du moignon siro siro. Fermeture de la paroi avec un drain enlevé au bout de 2 jours. Suites simples. Guérison.

L'appendice enlevé est oblitéré au niveau de son segment proximal. Il est gros comme le pouce et rempli de mucus à demi-coagulé. La paroi de l'appendice est très amincie.

En examinant la pièce, on constate que la masse du méso est formée par un diverticule inséré sur le bord mésentérique de l'appendice et communiquant avec la lumière de ce dernier par un étroit collet renfermant également du mucus. Du côté du diverticule on trouve un ganglion adhérent au diverticule augmenté de volume.

L'examen histologique de la paroi de l'appendice montre un amincissement considérable des différentes tuniques. La musculaire est facilement reconnaissable. La muqueuse est formée simplement par un chorion aminci ne contenant plus d'amas limphoïde distinct. La paroi interne de la cavité est tapissée par un épithélium cubique aplati avec en quelques points des cellules caliciformes.

OBSERVATION VI (LECENÉ)

Homme de 54 ans. Souffre de l'estomac depuis 7 ans.

Douleur épigastrique survenant 3 à 4 heures après le repas sans caractère précis, irradiant à la région vertébro-scapulaire droite, calmée par l'ingestion d'aliments. Régurgitations acides par des vomissements. Constipation. Jamais de méloena ni d'hématémèses. Les douleurs survenaient par périodes d'une durée de 15 jours-3 semaines, séparées par des périodes de calme.

Il y a six semaines, première crise douloureuse d'abord épigastrique puis au niveau de la fosse iliaque droite. Pas de nausées, ni de vomissements. Les cataplasmes calment le malade. Le malade, le lendemain, continuant à souffrir, fait appeler le médecin qui dit appendicite, ordonne repos et glace sur le ventre. Le malade ne suit pas le traitement et reprend son travail quelques jours après.

Il y a une semaine, deuxième crise douloureuse, comme la première le soir en rentrant du travail. Début épigastrique. Le malade ne dîne pas, prend une tasse de tisane qu'il vomit aussitôt. Les douleurs deviennent plus violentes et siègent dans la fosse iliaque droite. Les cataplasmes le calment.

Examen du malade. — Ventre souple. Douleur légère au point appendiculaire.

Opération. — 11 janvier 22. Incision iliaque. Dissociation. Appendice du volume du petit doigt. L'appendice est oblitéré au niveau de son insertion coecale. La lumière est distendue par un liquide muco-purulent clair avec quelques flocons. La paroi est assez épaisse.

OBSERVATION VII

APPENDICE KYSTIQUE

J.-L. FAURE (due à l'obligeance du Dr Moulonguet).

Résumé. — Femme de 46 ans, entrée dans le service du Professeur J.-L. Faure et opérée pour fibrôme. Aucun antécédent appendiculaire.

On trouve l'appendice libre en position basse, du volume du pouce environ. Il n'y a pas de striction nette en aval de cette grosse discussion. Appendicectomie.

Examen de la pièce. — L'appendice est lisse, de la taille d'une petite banane. A la coupe, il est rempli de mucus formant une gelée. La paroi est mince, d'apparence scléreuse.

Examen histologique. — Deux séries de coupes ont été pratiquées. En l'un et l'autre point l'aspect est identique.

La paroi est formée d'un tissu conjonctif doux, lamelleux, prenant fortement le rouge au van Gieson et très pauvre en cellules. Ça et là on reconnaît encore des amas lymphoïdes, mais il n'y a nulle part trace de fibres musculaires lisses. Sur sa face interne, cette paroi est tapissée par places d'une assise de cellules épithéliales. Le revêtement n'existe qu'en certains points et ailleurs la paroi conjonctive est au contact du contenu de la cavité. Là où il existe, l'épithélium est formé de cellules cylindriques hautes, les unes à plateau, les autres de ligne caliciforme. Ces dernières n'ont jamais la structure parfaite de cellules glandulaires.

En un point seulement, il y a dans l'épaisseur de la paroi conjonctive des invaginations épithéliales, reste de glandes atrophées et dont le revêtement a tout à fait la même structure que les cellules tapissant la paroi interne de la poche.

La cavité est remplie par une masse anhystrée fortement adhérente à la paroi. Les caractères histologiques de cette substance sont les suivantes: elle prend par la thionine une coloration métachromatique violette, par le van Gieson une teinte rose, elle est rendue cassante et friable par la technique d'inclusion. Il s'agit d'une mucine. Enfin du côté de la séreuse on note l'existence d'une inflammation légère avec quelques fausses membranes fibrineuses infiltrées de leucocytes polynucléaires. L'endothélium péritonéal n'est visible que par places, les cellules en sont presque cubiques, comme d'une séreuse enflammée.

BIBLIOGRAPHIE

I. KYSTES DE L'APPENDICE

TRAVAUX D'ENSEMBLE

En France:

- Letulle et Weimberg.* — Archives des sciences médicales roumaines 1897. Appendicites. p. 146 et sq.
Kérambrun. — Thèse, Paris 1901-1902.
Lanz-Tavel. — Revue de chirurgie 1904.
Dubos. — Thèse Paris 1905-1906.
Petit. — Thèse Paris 1905-1906.
Letulle. — Revue Gynec. et Chir. abd. 1907. Cancer de l'appendice.
Lejars. — Sem. Méd., 11 décembre 1912.
Palayer. — Thèse Lyon 1912-1913.
Duroux. — Rev. de Gyn. et Chir. abdom. 1913. L'hydro-appendicite.
Bérard et Vignard. — L'appendicite, 1914.
Hartmann et Binet. — Annales de Gynécologie et d'obstétrique. Le pseudo-myxome appendiculaire. Mars-Avril 1918.
Binet et Dubois. — Le rôle de l'appendicite iléo-coecal. Presse Médicale, 6 août 1921.

A l'Etranger:

- Elbe (Rostock).* — *Beitriege zur Keineschen Chirurgie.* Voir Journal de Chirurgie 1909, p. 695.

Kelly. — Appendicitis and other diseases of the vermiform appendix — Philadelphie-Londres, 1909, p. 76 et sq.
Sysoieff. — In *Journal de chirurgie* 1912. — p. 187.

OBSERVATIONS.

(Nous ne donnons ici que la liste des observations que nous avons utilisées).

En France:

1. In *Bulletin de la Société Anatomique.*
2. 1876 *Féré*, p. 598, Mucocèle de l'appendice.
3. 1887 *Vimont*, p. 608, Mucocèle de l'appendice.
4. 1889 *Lefas et Audard*, p. 644. Transformation kystique de l'appendice.
5. 1889 *Meslay-Pauchet*, p. 849. Ectasie de l'appendice.
6. 1889 *Cornil*, p. 852.
7. 1900 *Bouglé*, p. 877.
8. 1905 *Récamier*, p. 54.
9. 1908 *Dupont et Caraven*, p. 300. Kyste de l'appendice à contenu stérile.
10. 1911 *Montsaingon et Paillard*, p. 491, appendicite kystique.
11. 1911 *Lecène*, 2 cas d'appendicite kystique (mai 1911)
12. 1913 *Lefilliâtre-Letulle*, p. 224-237.
13. 1920 *Tourneux*, p. 173. Hydro Appendicite.
14. 1922 *Thévenard-Durante*, Pseudo tumeur colloïde de l'appendice et du coecum d'origine parasitaire.
15. 1923 *Morlot-Mathieu*, p. 234, Mucocèle géant.
16. 1923 *Leroux.*
In Bulletin de la Société de Chirurgie.
17. 1899 *Walther*, 15 mars.
18. 1900 *Potherat*, p. 725.
19. 1903 *Quénu*, p. 803.

20. 1922 *Oudard et Lancelin*, page 1199.
In Journal Médical de Bordeaux 1904
21. *Villar.*
22. *Chavannaz.*
In Journal Médical de Toulouse 1913.
23. *Mériel.*
24. *In Revue de Gynécologie et Chirurgie abdomi-*
nale 1907.
Letulle, obs. VIII. Cancérisation de la paroi
d'un kyste append., p. 106.
25. *Annales de Gynécologie et d'obs.* 1918, p. 66.
Hartmann-Lecène, obs. 1
- 26-27 *In thèse de Dubos.*
2 Observations de Broca.
- 28-37 *In thèse Palayer.*
10 Observations (Jaboulay, Mouisset, Durand,
Tixier, Charien, Sauques, Petit).

A l'Etranger:

- 38-39 *Gifford Nash*, British Méd. Journal Association.
1919, Nov.
40. *Meyer*, Annal of Surgery, 1913, p. 271.
41. *Heymanovitch*, In Journal de Chirurgie 1912,
p. 189.

OBSERVATIONS INÉDITES

- 42-47 *Six Observations inédites*, dues à l'obligeance
du Professeur Lecène (Voir ci-dessous).
48. *J. L. Faure* (due à l'obligeance du Dr Moulou-
quet).

DIVERTICULES DE L'APPENDICE

TRAVAUX D'ENSEMBLE

En France:

Letulle et Weinberg. — Archives des Sciences Médicales

1897. II Appendicites, page 500 et sq.

Lejars et Ménétrier. — *Revue de Chirurgie*, octobre 1904.

Lejars. — *Semaine Médicale* 1911.

Lorillou. — Thèse, Lyon 1912-1913.

Bérard et Vignard. — *L'Appendicite*. Masson 1914, page 618.

Chauvin. — *Gaz des Hôpitaux*, 10 février 1920. — *Revue générale*.

A l'Etranger:

Mertens. — *Mittelungen ans den Greusg. Méd. und. chir.* 1902. Bd. VIII.

Brunn. — *Brunnis Beitrag* 1905 Bd. X4VI.

Elbe. — *Loc. cit.*

Kelly. — *Appendicite*, p. 78.

OBSERVATIONS.

(Liste des observations utilisées)

In Société Anatomique

1. 1906 Weimberg, p. 474.
2. 1911 Peraire et Masson.
3. 1911 Masson, p. 133.
4. 1911 Lecène
5. 1923 Rouffiac (app. à diverticules d'org. congénitale)

Société de Chirurgie

6. 1899 Walther.
7. 1921 Sieur, p. 1084 (Tumeur inflammatoire p. appen. diverticulaire).

Revue de Chirurgie

- 8-11 1904 Lejars et Ménétrier, p. 469. — 4 Observations.
12. Grymfelt et Chauvin, *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 19-20, p. 522.

13. *Hedinger*, In Lejars, Sem. Méd. 1911 p. 132.
14. *Jacquemet*, in thèse Lorillou.
15. *Lejars*, in sem. méd. 1911.
16. *Lorrain*, in Archv. de Méd. Exper. et Anat. path. Nov. 1907, p. 777.
17. *Malatesta*, Il Policlinico Oct. 1908.
18. *Seeling*, Ann of Surgery, 1906.
19. *Zondeck*, Lejars Sem. Méd. 1911.
Observations inédites.
20. *Lecène*.

CONCLUSIONS

I. KYSTES DE L'APPENDICE

1° Les kystes de l'appendice sont des dilatations kystiques de la cavité appendiculaire. Ils peuvent être totaux, partiels ou diverticulaires.

2° La paroi de ces kystes présente des aspects histologiques variés, depuis la conservation complète de la tunique muqueuse plus ou moins altérée jusqu'à la transformation de toutes les tuniques pariétales en une lame fibreuse.

3° Le contenu de ces kystes est le plus souvent séro-muqueux, filant, ou demi-solide, comparable à de la gelée de pommes. Il présente les caractères du mucus. Il est le plus souvent stérile.

4° Le développement de ces kystes est attribué à l'oblitération de la lumière appendiculaire au-dessus et à la rétention du produit de la muqueuse appendiculaire. Le contenu présente les caractères du produit de sécrétion de la muqueuse appendiculaire soit liquide, soit coagulé par un ferment, la mucinase.

5° La symptomatologie de ces kystes se traduit par des crises répétées, douloureuses, souvent apyrétiques et par une tumeur locale.

6° Les complications sont rares, mais on peut observer le plus fréquemment la perforation avec comme résultat le pseudo-myxome appendiculaire, accessoirement des torsions,

invaginations, voire même la cancérisation, enfin des poussées inflammatoires.

7° Le diagnostic différentiel est rarement fait cliniquement. Il doit être fait avec les faux kystes appendiculaires ou para-appendiculaires, avec le cancer colloïde. Le diagnostic épologique devra surtout être fait avec la tuberculose.

II. DIVERTICULES

1° Les Diverticules de l'appendice sont congénitaux ou acquis.

2° Les Diverticules congénitaux sont extrêmement rares. Ils sont constitués par toutes les tuniques de la paroi appendiculaire.

3° Les Diverticules acquis sont simples ou kystiques. Ils sont uniques ou multiples. D'après leur siège on les distingue en diverticules siègeant dans le meso-appendice et diverticules de la face libre.

4° Ce qui caractérise ces diverticules c'est que leur paroi est incomplète, la musculature faisant toujours défaut. Quant au revêtement interne, il varie depuis la présence d'une muqueuse plus ou moins altérée jusqu'à l'absence de tout revêtement endothélial.

5° D'après leur pathogénie, les diverticules se divisent en Diverticules d'origine inflammatoire et Diverticules non inflammatoires. Les premiers peuvent eux-mêmes être distingués de : ulcérations diverticulaires, diverticules cicatriciels, diverticules à revêtement muqueux complet; les seconds sont des hernies de la muqueuse à travers une brèche musculaire siègeant particulièrement au niveau des fentes musculaires sur le bord adhérent. Une place à part doit être faite aux diverticules par excès de pression.

6° La symptomatologie est nulle, masquée par l'appendicite, mais il peut exister des complications. C'est avant tout l'appendicite diverticulaire pouvant aboutir très rapidement, suivant le siège du diverticule, à la perforation et donnant lieu soit à une péritonite diffuse soit à des abcès dans le méso. Il faut encore signaler les tumeurs inflammatoires, le pseudo-myxome.

7° Il est important au point de vue opératoire de reconnaître la présence de diverticules dans le méso-appendice.

VU

Le Président de Thèse,

LECENE.

VU et PERMIS d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

VU

Le Doyen de la Faculté de Médecine.

ROGER.

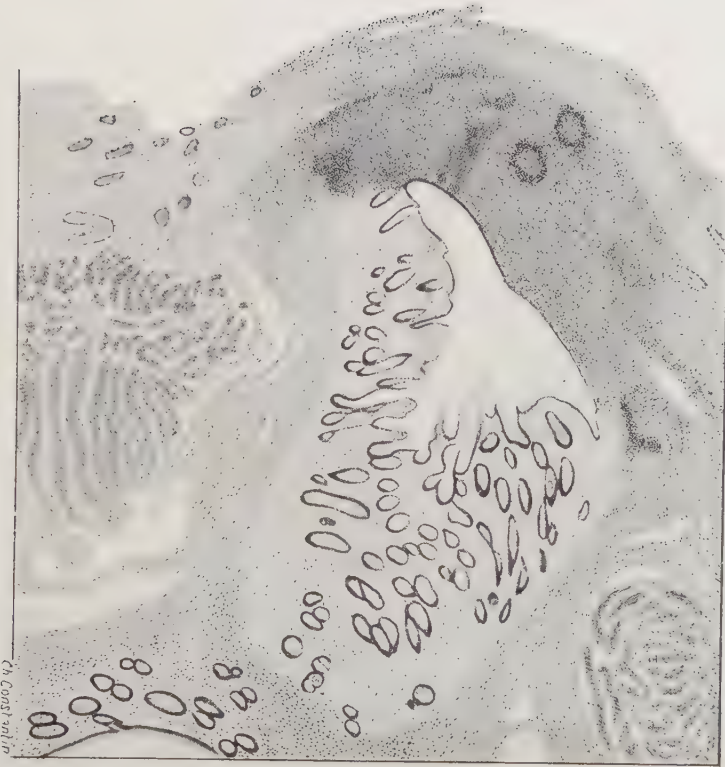


Fig. 1

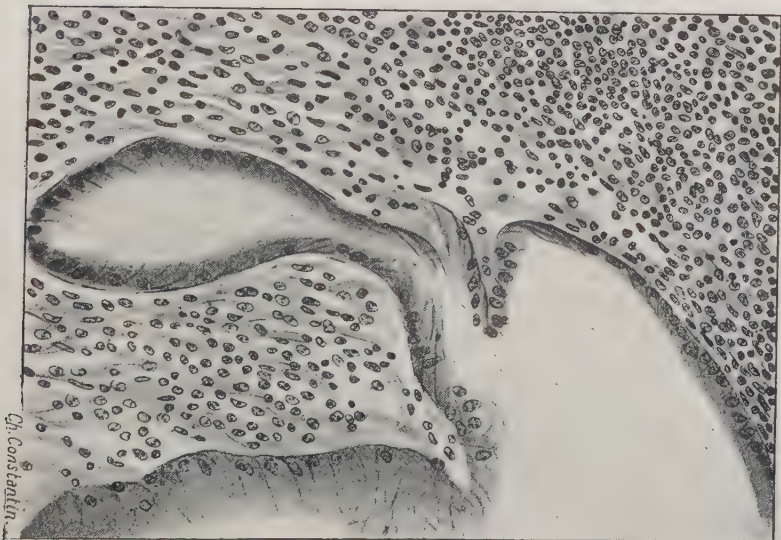


Fig. 2

Observation I. (Professeur Lecène).

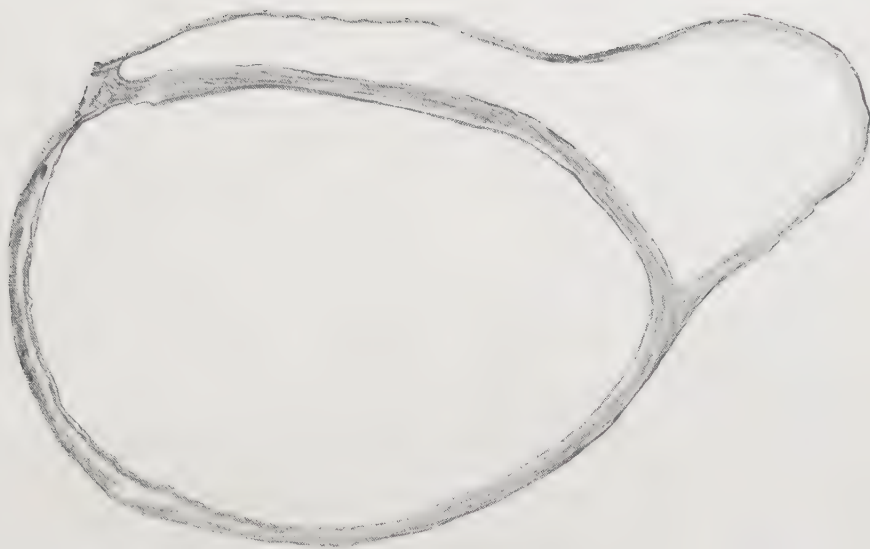


Fig. 1

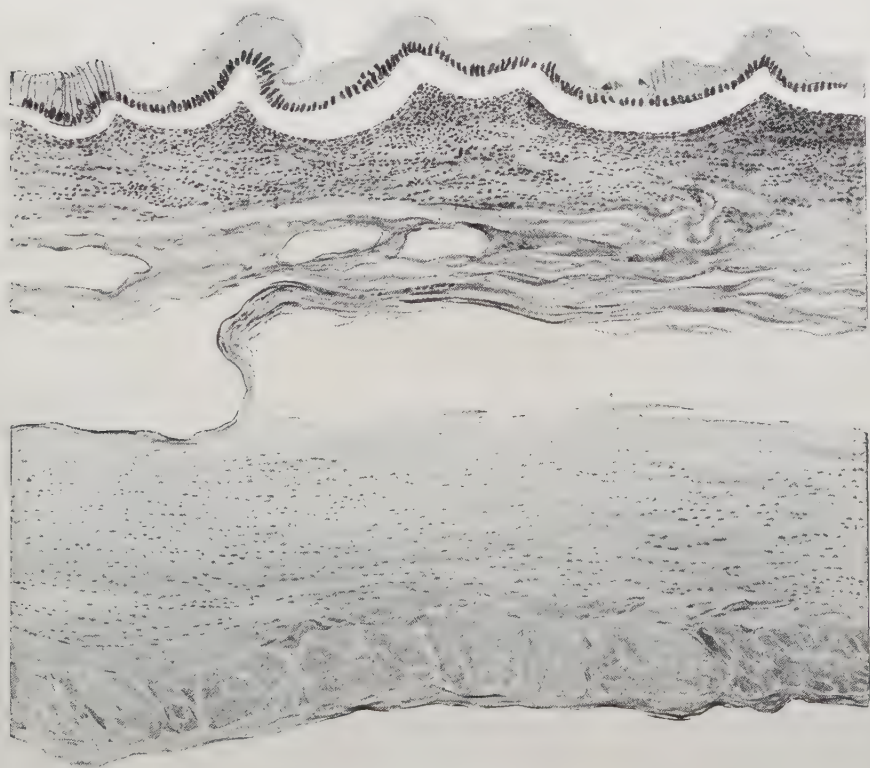


Fig. 2

Observation II (Professeur Lecène).



Fig. 1

Observation IV

Observation II



Fig. 2

Observation IV (Professeur Lecène).



ANGOULÊME

IMPRIMERIES DU CENTRE-OUEST
Anciens Etablissements VINCENT Père et Fils